



ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов законного представителя ребенка
в медицинских организациях

г. Челябинск

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированная (-ный) по адресу _____
поручаю _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированная (-ный) по адресу _____,
представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка,

_____, года рождения, свидетельство о рождении
№ _____, выдано _____ г., в медицинских организациях
любых форм собственности по поводу получения моим ребенком медицинской помощи
(услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих, либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.
6. Предоставлять согласие на обработку моих персональных данных и (или) персональных данных моего ребенка, а также на размещение фотографий и другой личной информации моего ребенка на информационных стендах, выставках, СМИ, официальном сайте и в социальных сетях ООО МЦ «АМАЭ».

Доверенность дана сроком на _____ год/лет без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя:

Дата заполнения доверенности:
